

процесс. Несвоевременная диагностика, отсутствие предоперационной подготовки, неадекватное лечение ОГО приводят к ухудшению состояния больного, локальная форма заболевания может переходить в септикопиемическую или токсическую форму.

2. Классификация сепсиса, принятая на согласительной конференции Чикаго в 1991 г., и ее усовершенствованные варианты (по Bone R.C. et al., 1992; Grover R. et al., 1999; Matot I., et al., 2001; Блус А. и соавт., 2004, с модификациями) позволяют достаточно точно определить форму ОГО, прогнозировать развитие септического процесса, контролировать течение гнойно-воспалительного процесса.

3. У детей Днепропетровского региона с ОГО воспалительные изменения были в подавляющем большинстве случаев вызваны стафилококковой флорой. В самых тяжелых случаях из

очагов воспаления выделялись ассоциации патогенных микроорганизмов, что в значительной степени становилось фактором отягощения течения патологического процесса. В связи с полирезистентностью чувствительности выделенных штаммов необходимо проведение и изучение антибиотикограмм в каждом конкретном случае и разработка единого алгоритма эмпирической антибактериальной терапии в каждом регионе в зависимости от микробного пейзажа очагов воспаления.

4. Использование «Октенисепта» на основе октенидина дигидрохлорида является наиболее оптимальным среди исследованных препаратов по спектру действия, но необходимо изучить его влияние на окружающие ткани, в частности, на костную ткань в растущем организме в сравнении с другими препаратами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. – М.: Медицина, 1998. – 288 с.

2. Биохимические тесты диагностики и прогнозирования клинического течения острого гематогенного остеомиелита у детей / Гисак С.Н., Руднев В.И., Васильев В.Ф., Черных А.В. и др. // Вісник Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2007. – №11. – С. 87-89.

3. Коротаев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология: Учебник. – СПб: Спец. литература, 1998.-592 с.

4. Особливості клінічної картини та діагностики септичних форм гострого гематогенного остеомиєліту у дітей / Солейко Д.С., Кукуруза Ю.П., Солейко Н.П. // Вісник Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2007. – №11. – С.49-56.

5. Сучасні аспекти лікування септикопиемічної форми гострого гематогенного остеомиєліту у дітей / О.А.Данилов, О.С.Міхнушева, В.Ф.Рибальченко, Н.П.Проценко та ін. // Хірургія дитячого віку. – 2004. –Т. I, №1. (2). – С. 15-20.



УДК 616.321/322-002:615.281.9

**О.П. Кухарь,
Е.В. Братусь,
И.С. Волкова**

Диагностический центр Днепропетровской государственной медицинской академии

Ключевые слова:

*тонзиллофарингит,
бактериальные возбудители
тонзиллофарингита,
антибиотикотерапия*

Key words: *tonsillopharyngitis,*

*bacterial causative agents of
tonsillopharyngitis, antibiotic therapy*

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА

Резюме. *Неадекватна терапія тонзілофарингіту – нераціональне призначення антибіотиків, скорочення тривалості їх застосування – є основною причиною розвитку ранніх та пізніх ускладнень.*

Summary. *Unadequate therapy of tonsillopharyngitis i.e. irrational administration of antibiotics, shortening of period of their usage is the main cause of development of early and remote complications.*

Тонзиллофарингит представляет собой инфекционное заболевание слизистой оболочки глотки и небных миндалин вирусной или бак-

териальной природы. На долю вирусов (аденовирусы, риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные и др. вирусы)

приходиться 70-89% тонзиллофарингита, оставшиеся 10-15% составляют бактериальные возбудители [1]. Среди бактериальных возбудителей основным является β -гемолитический стрептококк группы А (*S.pyogenes*) [5]. Обращает на себя внимание тот факт, что золотистый стафилококк (*S.aureus*) и энтерококки не являются причиной тонзиллофарингита, как заблуждаются многие клиницисты, несмотря на то, что эти микроорганизмы часто определяют в назофарингеальных мазках (это носительство).

Тонзиллофарингит вирусной этиологии не представляет собой опасности для жизни пациента, и для симптоматического лечения можно использовать местные антисептики, нестероидные противовоспалительные препараты [1]. Такие пациенты в антибактериальной терапии не нуждаются. Тонзиллофарингиты стрептококковой этиологии опасны, прежде всего, ранними гнойными осложнениями (синусит, паратонзиллярный абсцесс) и поздними негнойными (постстрептококковый гломерулонефрит, ревматоидная лихорадка) [1]. Поэтому очень важно дифференцировать вирусный тонзиллофарингит и стрептококковый. Для этого были созданы разные дифференциальные шкалы.

Наиболее простой шкалой, учитывающей всего четыре признака стрептококкового тонзиллофарингита у взрослых, является шкала Сентора. К этим признакам относят: 1) наличие лихорадки; 2) наличие гнойных налетов на миндалинах; 3) отсутствие кашля; 4) увеличение и болезненность передних шейных лимфатических узлов. Антибиотики не показаны при отсутствии всех критериев или при наличии только одного из них. При наличии 2 критериев возможно наблюдение, а 3-4 критерия – высока вероятность стрептококкового тонзиллофарингита [2]. В этом случае системная антибиотикотерапия обязательна.

Основная цель лечения стрептококкового тонзиллофарингита - не допустить развитие осложнений. Для этого необходимо проводить наиболее полную эрадикацию возбудителя, что максимально достигается системным применением антибиотиков на протяжении 10 дней [3]. И только азитромицин может быть использован в течение 5 суток [4].

Бета-гемолитический стрептококк сохраняет 100% чувствительность к β -лактамам антибиотикам. Поэтому для лечения острого стрептококкового тонзиллофарингита препаратом первого ряда выбора будет феноксиметилпенициллин [2]. Этот антибиотик имеет ряд преимуществ: высокая эффективность, узкий спектр

активности (воздействует только на стрептококки), низкая стоимость, что немаловажно для нашей страны. Альтернативными препаратами могут быть полусинтетические аминопенициллины (амоксициллин) или цефалоспорины первого поколения (цефалексин или цефадроксил), хотя последние по эффективности уступают аминопенициллинам [2]. Предпочтительный способ введения – перорально. Парентерально вводят препараты при тяжелом течении (используют «ступенчатую» терапию) или при невозможности пациентом самостоятельно принимать препараты. В случае рецидивирующего тонзиллофарингита, тонзиллофарингита у пациентов с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, сердечная или почечная недостаточность и др.) или же в случае, если пациент принимал в предшествующие 2-3 месяца аминопенициллины, препаратами выбора должны быть защищенные аминопенициллины (амоксициллин в комбинации с клавулановой кислотой или ампициллин с сульбактамом). При аллергии на β -лактамы антибиотиками препаратами выбора могут быть макролиды, а при непереносимости макролидов – линкосамиды. В целом пиогенный стрептококк сохраняет высокую чувствительность к макролидам, но активность макролидов ниже, чем у бета-лактамов. Резистентность пиогенного стрептококка, по данным российского исследования ПеГАС-II, может достигать от 2 до 10%. Такая резистентность к макролидным антибиотикам обусловлена, главным образом, эффлюксом (M-фенотип резистентности). Этот фенотип резистентности активируется 14-членными (эритромицин, кларитромицин, рокситромицин) и 15-членными макролидами (азитромицин), но не 16-членными (спирамицин, миокамицин, джозамицин), при этом 16-членные макролиды и линкосамиды сохраняют активность.

Бета-гемолитический стрептококк группы А сохраняет высокую чувствительность к «респираторным» фторхинолонам (левофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин, гемифлоксацин), но при наличии множества высокоэффективных и безопасных антибактериальных средств фторхинолоны необходимо «резервировать», и они не являются препаратами выбора.

Пиогенный стрептококк практически всегда резистентен к ко-тримоксазолу, поэтому лечение данным препаратом в настоящее время не представляется возможным. К тетрациклинам (тетрациклин, доксициклин) наблюдается также высокая степень резистентности у пиогенного стрептококка.

При адекватной антибактериальной терапии пациент на вторые сутки после приема антибиотика уже незаразен для окружающих [5].

В заключение необходимо отметить, что пациенты со стрептококковым тонзиллофарингитом на 2-3 сутки заболевания не испытывают боли в горле и считают себя «здоровыми»,

отказываясь от приема антибиотиков. Основная же цель лечения стрептококкового тонзиллофарингита – это не снижение боли в горле, а избежание «ранних» и «поздних» осложнений, чего можно достичь лишь длительным (10 дней) системным приемом антибиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей // А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. Руководство для врачей. – М: Премьер МТ, Наш Город, 2007. – 352 с.

2. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // Практическое руководство. – М.: Фармединфо, 2007. – 464с.

3. Страчунский Л.С., Козлов С.Н., Дехнич А.В.

Клиническая фармакология антибиотиков. – Смоленск: СГМА, 2004. – 128 с.

4. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: Русич, 1998. – 304с.

5. Bartlett J.G. Pocket Book of Infectious Disease Therapy. 11th ed.- Baltimore etc.: - Williams & Wilkins, 2000.



УДК 616.98-093:615.28

**В.В. Маврутенков,
Т.В. Маврутенкова¹,
І.М.Мудракова¹,
О.М. Якуніна,
В.Д. Ткаченко²,
В.С. Подкопаєв,
В.В. Сємілетова²**

Дніпропетровська державна медична академія
Діагностичний центр медичної академії¹
Міська клінічна лікарня №21 ім. проф. О.Г. Попкової²
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: етіологія, гнійні тонзило-фарингіти, інфекційний мононуклеоз, мікробіологічні дослідження

Key words: etiology, purulent tonsillopharyngites, infectious mononucleosis, microbiologic researches

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ БАКТЕРІАЛЬНОЇ СУПЕРІНФЕКЦІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ

Резюме: Представлен анализ микробной суперинфекции у больных инфекционным мононуклеозом по результатам микробиологических исследований. Показано, что только в 26,8 % случаев экссудативный тонзиллофарингит у больных инфекционным мононуклеозом обусловлен присоединением β -гемолитического стрептококка, что ограничивает рутинное применение антибактериальной химиотерапии при данном заболевании.

Summary. Microbic superinfection in patients with infectious mononucleosis by results of microbiologic researches is analyzed. It was shown, that only in 26,8% of cases exudative tonsillopharyngitis in these patients is caused by addition of β -hemolytic streptococcus; this limits routine usage of antibacterial chemotherapy in case of this disease.

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) – одне з поширених захворювань герпес-вірусної етіології, яке супроводжується виникненням екссудативного тонзиллофарингіту (ТФ) та пропасниці (П), що зумовлює необхідність диференціальної діагностики з мікробно-запальними станами [2, 4].

Таким чином, мікробіологічні дослідження є обов'язковими тестами при ІМ, результати яких є головними аргументами для визначення доцільності призначення антибактеріальної хіміотерапії.

Мета роботи – визначити доцільність рутин-